

Themenschwerpunkt: Pankreaskarzinom: Aktuelles aus der Grundlagenforschung und neue Konzepte zur Therapie

Aus der Klinik für Viszerale und Transplantationschirurgie der Universität Bern (Inselspital), Schweiz

Editorial

M. W. Büchler und W. Uhl

Das Pankreaskarzinom nimmt in den westlichen industrialisierten Ländern mittlerweile die 4. Stelle in der Krebsstodesstatistik ein und zeigt eine zunehmende Inzidenz. Letztere Tatsache ist nicht nur auf eine größere Sensibilisierung der Ärzteschaft und auf verbesserte diagnostische bildgebende Verfahren zurückzuführen, sondern beruht wahrscheinlich auf einer tatsächlichen Zunahme von Neuerkrankungen.

Das größte Dilemma in der Behandlung von Patienten mit einem Adenokarzinom des Pankreas stellt die nach wie vor äußerst schlechte Prognose dieser Patienten dar. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegt die 5-Jahres-Überlebensrate beim Pankreaskarzinom nicht über 1%. Auch die mediane Überlebensrate nach kurativer Tumoresektion beträgt nur unwesentlich mehr als 15 Monate.

In diesem Themenheft über das Pankreaskarzinom wird auf die Pathogenese und Gründe für das aggressive Wachstumsverhalten und die rasche Metastasierung eingegangen. Aus der molekularbiologischen Forschung erhofft man sich insbesondere Erkenntnisse für künftige innovative Therapiestrategien, die die schlechten Überlebensraten verbessern sollen. Um ein T1-Tumorstadium mit einer kurativen chirurgischen Resektionsmöglichkeit frühzeitig zu entdecken, sollten Frühsymptome ernst genommen werden und die Indikation zur Cholangiopankreatographie (ERCP) als diagnostischer „Gold-Standard“ großzügig gestellt werden. Inwieweit das Positronen-Emissionsszintigramm (PET) und die jüngst eingeführte ultraschnelle Magnetresonanztomographie (MRCP) in dieser Hinsicht Vorteile bringen, bleibt abzuwarten.

Operative Eingriffe am Pankreas können heute sicher mit niedriger postoperativer Morbidität und Letalität durchgeführt werden, so daß die Bauchspeicheldrüsenchirurgie für den Patienten ihren Schrecken verloren hat. Als klare Kontraindikationen für

einen resezierenden Eingriff gelten eine Peritonealkarzinose, Fernmetastasen in Leber und/oder Lunge und/oder eine komplexe Gefäßinfiltration der Mesenterialwurzel. Eine Pfortaderbeteiligung stellt unter erfahrenen Pankreaschirurgen keinen Grund gegen einen chirurgischen Eingriff dar. Im Rahmen der erweiterten Diagnostik können diese fortgeschrittenen Tumorleiden mit großer Sicherheit ausgeschlossen werden, so daß die Resektionsraten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. Die endoskopische Platzierung von definitiven Stents bei gegebener Inoperabilität kann demzufolge gezielter eingesetzt werden.

Da auch bei einer pyloruserhaltenden Pankreaskopfresektion eine ausgedehnte Lymphdissektion durchführbar ist, wird diesem operativen Verfahren zunehmend der Vorzug gegeben. Im Vergleich zur klassischen Whipple-Operation zeigten sich bei diesem magenerhaltenden Vorgehen Vorteile (Verkürzung der Operationszeit, geringerer Blutverlust und niedrigere postoperative Morbidität und im spät-postoperativen Verlauf eine bessere Gewichtszunahme und höhere Lebensqualität). Das laparoskopische Staging beim Pankreaskarzinom muß heute als sehr fraglich eingestuft werden, da 1. die lokale Resezierbarkeit nicht sicher beurteilt werden kann und 2. die Gefahr einer Tumorausbreitung besteht.

Sowohl onkologisch adäquate und daher mehr radikale Chirurgie als auch multimodale Konzepte werden in Zukunft darauf hinzielen, die Therapieergebnisse beim Pankreaskarzinom zu verbessern. Erste Belege hierfür sind publiziert (1–4).

Literatur

- (1) Trede M, Schwall G, Saeger HD: Survival after pancreatoduodenectomy. 118 consecutive resections without an operative mortality. *Ann Surg* 1990;211:447–458.
- (2) Ozaki H: Modern surgical treatment of pancreatic cancer. *Int J Pancreatol* 1994;16:121–129.
- (3) Inoue K, Kosuge T, Shimada K, Yamamoto J, Takayama T, Ozaki H, Nose H: Repeated radical resection and intraoperative irradiation for recurrent pancreatic ductal adenocarcinoma after pancreatoduodenectomy. *Surgery* 1995;118:909–911.
- (4) Ozaki H, Kinoshita T, Kosuge T, Yamamoto J, Shimada K, Inoue K, Koyama Y, Mukai K: An aggressive therapeutic approach to carcinoma of the body and tail of the pancreas. *Cancer* 1996;77:2240–2245.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. M. W. Büchler, Klinik für Viszerale und Transplantationschirurgie, Universität Bern (Inselspital), Murtenstraße 35, CH-3010 Bern, Schweiz.

Kongreßankündigung

BREGENZER LAPAROSKOPIETAGE – MIC-INTENSIVKURS

Kurs-Termine:

- A: 20. bis 22. April 1998
B: 22. bis 24. Juni 1998
C: 5. bis 7. Oktober 1998
D: 23. bis 25. November 1998

Leitung: Prim. Prof. Dr. G. Szinicz, Bregenz.

Organisation: Dr. S. Beller, Bregenz.

Auskunft: Susanne Dell-Osbel, Chirurgisches Sekretariat, Landeskrankenhaus Bregenz, Carl-Pedenz-Straße 2, A-6900 Bregenz, Tel. +43/5574/401 DW 2280, Fax DW 1281.

Themen:

Laparoskopische OP-Demonstrationen: Koloneingriffe, Hernienplastik, Appendektomie, Cholezystektomie, intraoperative Cholangiographie, lap. Fettsuchtchirurgie (SAGB), Axilloskopie. Praktische Übungen am OP-Simulator mit pulsierend perfundierten Tierorganen (POP): Lunge, Niere, Leber, Darm / lap. Präparations- und Nahttechniken/ maschinelle und manuelle Anastomosen/ Simulation von Standardoperationen/ Beherrschung von Blutungskomplikationen mit besonderer Berücksichtigung der Team-Koordination. Instrumenten- und Materiallehre für diplomiertes Operationspersonal.